

福岡医発第1461号
平成26年 8月22日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

日本医療機能評価機構及び医薬品医療機器総合機構、日本医療安全調査機構が
作成・公開している各種医療安全情報の送付について

日本医療機能保床機構・医療事故情報収集等事業については第37回報告書を平成26年7月18日付け福岡医発第1145号(地)「医療事故情報収集等事業第37回報告書の公表について」でお知らせしております。

同機構ではこれらの統計に基づき、警鐘事例をカラーで分かり易く解説した「医療事故情報収集等事業医療安全情報」を作成・公表しています。

また、医薬品医療機器総合機構(PMDA)及び日本医療安全調査機構でもそれぞれ「PMDA医療安全情報」、「警鐘事例」を作成・公表しています。

つきましては別添の通り、平成26年1月9日付け「日本医療機能評価機構及び医薬品医療機器総合機構が作成・公開している各種医療安全情報の送付について」以降に公表された「医療事故情報収集等事業医療安全情報」(No.85~92)及び「PMDA医療安全情報」(No.41~44)、「警鐘事例」(No.4~5)をお送りいたしますので、貴会会員に周知いただき、医療安全の向上に役立てていただきますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、下記の同機構ホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

記

- ・ 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 URL
<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
- ・ 医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報 URL
http://www.info.pmda.go.jp/anzen_pmda/iryo_anzen.html
- ・ 日本医療安全調査機構 警鐘事例 URL
http://www.medsafe.jp/activ_alarm.html

(参考) 日本医師会ホームページ内「薬務対策について」(上記の3つのリンクも掲載されております。)

<http://www.med.or.jp/doctor/report/002058.html#b01>

(法安 60)
平成 26 年 8 月 1 日

都道府県医師会
医療安全担当理事殿

日本医師会常任理事
今村 定



日本医療機能評価機構及び医薬品医療機器総合機構、日本医療安全調査機構が
作成・公開している各種医療安全情報の送付について

日本医療機能評価機構・医療事故情報収集等事業については第 37 回報告書を
平成 26 年 7 月 10 日付・日医発第 375 号（法安 45）「医療事故情報収集等事業第
37 回報告書の送付について」により本会会長から貴会会長宛お送りしたところで
す。

同機構ではこれらの統計に基づき、警鐘事例をカラーで分かり易く解説した「医
療事故情報収集等事業医療安全情報」を作成・公表しています。

また、医薬品医療機器総合機構（PMDA）及び日本医療安全調査機構でもそれ
ぞれ「PMDA 医療安全情報」、「警鐘事例」を作成・公表しています。

つきましては別添の通り、平成 25 年 12 月 26 日付け（法安 122）「日本医療機
能評価機構及び医薬品医療機器総合機構が作成・公開している各種医療安全情報
の送付について」以降に公表された「医療事故情報収集等事業医療安全情報」

（No.85～92）及び「PMDA 医療安全情報」（No.41～44）、「警鐘事例」（No.4～
5）を 1 部ずつお送りいたします。なお、別添の資料は下記ホームページに掲載
していますので、貴管下会員へのご周知方宜しくお願い申し上げます。

記

- ・ 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報の URL
<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
- ・ 医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報の URL
http://www.info.pmda.go.jp/anzen_pmda/iryo_anzen.html
- ・ 日本医療安全調査機構 警鐘事例の URL
http://www.medsafe.jp/activ_alarm.html

（参考）日本医師会ホームページ内「薬務対策について」（上記の 3 つのリンクも
掲載しております。）

<http://www.med.or.jp/doctor/report/002058.html#b01>





公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

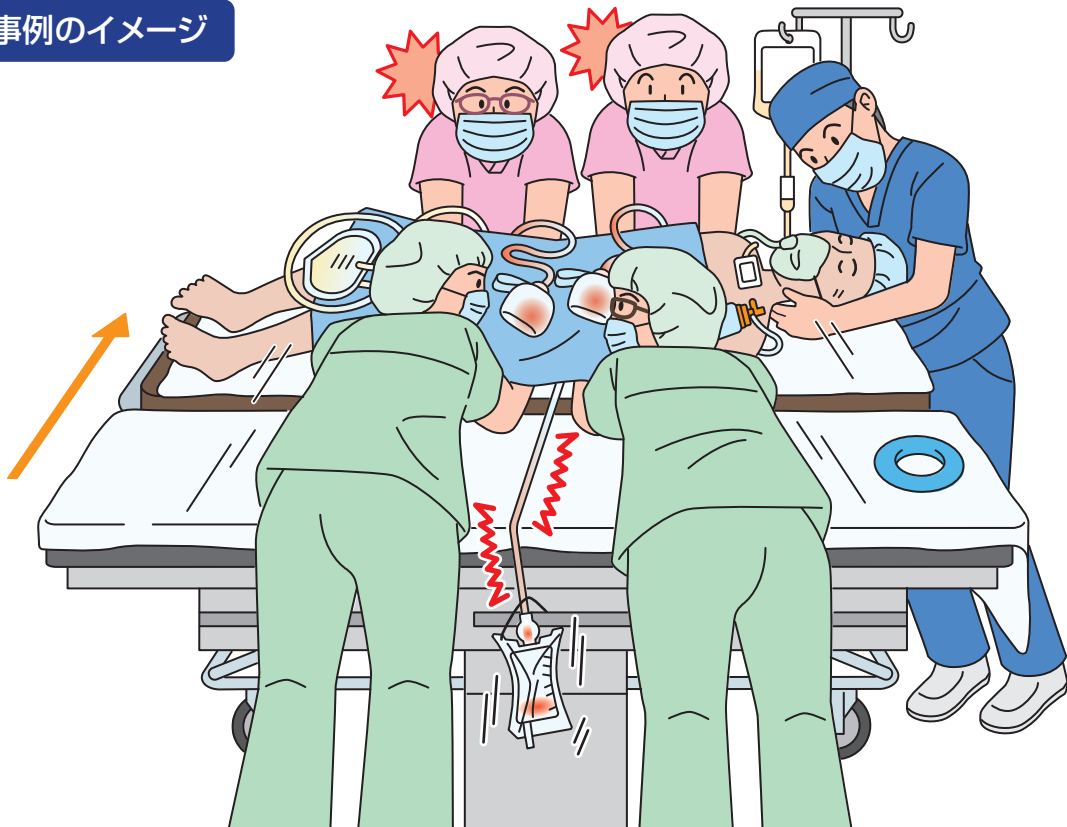
No.85 2013年12月

移動時のドレーン・ チューブ類の偶発的な抜去

ベッドからベッドへの移動の際、患者に挿入されていたドレーン・チューブ類が抜けた事例が11件報告されています(集計期間:2010年1月1日～2013年10月31日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」(P142)、第34回「再発・類似事例の検討状況」に(P201)一部を掲載)。

ドレーン・チューブ類の位置確認が不十分であったため、移動の際、患者に挿入されていたドレーン・チューブ類が抜けた事例が報告されています。

事例のイメージ



◆報告されている11件の事例には手術時の移動の他、入浴時、検査時の移動等の事例があります。

移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去

事例

患者の頭側に麻酔科医師、右側に看護師、左側に外科医師が立ち、患者を手術台からストレッチャーに移動しようとした。患者には腹部正中に1本、左右側腹部に各1本の計3本の排液ドレーンが入っていた。

看護師は、腹部正中と右側腹部の排液ドレーンは安全に移動できる位置であることを目視で確認したが、左側腹部の排液ドレーンは患者の左側に立っている医師が確認したと思った。全員でドレーン・チューブ類が安全に移動できる位置であるか確認や声かけをしないまま移動したところ、左側腹部の排液ドレーンが抜けた。

事例が発生した医療機関の取り組み

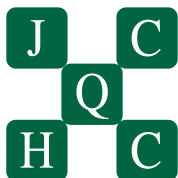
・リーダー役が主導し、ドレーン・チューブ類が抜けない位置にあることを全員で確認する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.86 2014年1月

禁忌薬剤の投与

患者の疾患や病態を把握していたが、医療用医薬品の添付文書上、「禁忌(次の患者には投与しないこと)」として記載のある薬剤を投与した事例が8件報告されています(集計期間:2010年1月1日～2013年11月30日、第29回報告書「個別のテーマの検討状況」(P127)に一部を掲載)。

患者の疾患や病態を把握していたが、添付文書上、『禁忌』として記載のあることを知らず、薬剤を投与した事例が報告されています。

疾患名又は病態	投与した薬剤(主たる薬効)	件数
重度の腎障害・ 腎不全※1	グリコラン錠 (経口血糖降下剤)	1
	ザイザル錠 (アレルギー性疾患治療剤)	1
	ティーエスワン配合剤※2 (代謝拮抗剤)	1
	ビジクリア配合錠 (経口腸管洗浄剤)	1
パーキンソン病	セレネース注 (抗精神病剤)	2
消化管穿孔疑い	バリエネマHD75% (ディスポーザブル注腸造影剤)	1
血友病	ネオラミン・マルチV 注射用※3 (高カロリー輸液用総合ビタミン剤)	1

※1 添付文書上の疾患名又は病態はこの他、腎機能障害(軽度障害も含む)、透析患者(腹膜透析を含む)、重篤な腎障害のある患者などの記載があります。

※2 ティーエスワン配合剤は、配合カプセル、配合顆粒、配合OD錠のいずれが投与されたか不明です。

※3 ネオラミン・マルチV 注射用の添付文書の『禁忌』に「血友病患者[パンテノール含有のため。]」と記載されています。

[禁忌薬剤の投与]

事例 1

パーキンソン病の患者の術後にせん妄があったため、医師はセレネースの筋肉注射を指示し、看護師が投与した。セレネース注の添付文書上、禁忌事項に「パーキンソン病の患者」と記載があったが、医師および看護師はそのことを知らなかった。セレネースを投与後、患者はパーキンソン病による筋強剛が悪化した。

◆セレネース注(抗精神病剤)の添付文書の『禁忌』に、「パーキンソン病の患者〔錐体外路症状が悪化するおそれがある。〕」と記載されています。

事例 2

腎不全の患者に大腸ポリープ切除術の前処置として、医師はビジクリア配合錠を処方した。ビジクリア配合錠の添付文書上、禁忌事項に「重篤な腎機能障害のある患者」と記載があったが、医師はそのことを知らなかった。ビジクリア配合錠を内服した翌日、急性高リン血症、低カルシウム血症によるテタニー症状をきたした。

◆ビジクリア配合錠(経口腸管洗浄剤)の添付文書の『禁忌』に、「透析患者を含む重篤な腎機能障害のある患者、急性リン酸腎症のある患者」と記載されています。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・患者に新しく薬剤を投与する際は、添付文書の禁忌事項を把握して処方する。

総合評価部会の意見

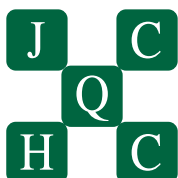
- ・定型化した指示による投薬などの処置は、患者の疾患を確認して実施しましょう。
- ・ビジクリア配合錠の添付文書は、禁忌に「高血圧症の高齢者」が追加改訂されています(2012年2月)。
- ・添付文書は改訂されますので、定期的に確認しましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.87 2014年2月

足浴やシャワー浴時の熱傷

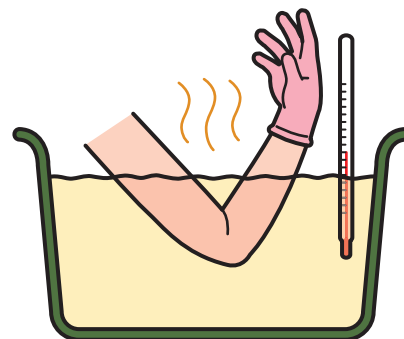
足浴やシャワー浴の際、手袋を装着したまま湯の温度を確認したため温度確認が不十分となり、熱傷をきたした事例が3件報告されています(集計期間:2011年1月1日~2013年12月31日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」(P138)に一部を掲載)。

足浴やシャワー浴の際に、手袋を装着したまま湯の温度を確認したため温度確認が不十分となり、熱傷をきたした事例が報告されています。

事例のイメージ



医療機関の取り組みのイメージ図



◆報告されている3件は、脳炎による意識障害など意思疎通が十分にできない患者の事例です。

〔足浴やシャワー浴時の熱傷〕

事例 1

意識障害のある患者に足浴をする際、看護師は手袋を装着したまま湯の温度を確認し、実施した。その後、患者の皮膚を確認したところ、両下腿から足底にかけて水疱を形成し、熱傷を生じていた。

事例 2

意思疎通がまばたきしかできない患者のシャワー浴をする際、入浴介助者は手袋を装着したまま湯の温度を確認し、患者の下半身にかけ湯を実施した。シャワー浴終了時、患者の右大腿部が赤いと感じた。病室に移動後、皮膚を確認したところ、右側腹部から右下腿と陰のう部に発赤、下腿の一部に表皮剥離を認め、熱傷を生じていた。

事例が発生した医療機関の取り組み

・患者に湯を使用する前に、以下の方法などで湯の温度を確認する。

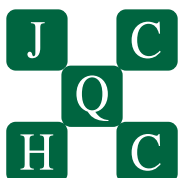
- 温度計で測る。
- 実施者の上腕内側の皮膚で確認する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構



No.88 2014年3月

2013年に提供した 医療安全情報

2013年1月～12月に医療安全情報No.74～No.85を毎月1回提供いたしました。
今一度ご確認ください。

番号	タイトル
No.74	手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い
No.75	★輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い
No.76	2012年に提供した医療安全情報
No.77	★ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎(第2報)
No.78	★持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い
No.79	2006年から2011年に提供した医療安全情報
No.80	★膀胱留置カテーテルによる尿道損傷
No.81	★ベッド操作時のサイドレール等のすき間への挟み込み
No.82	★PTPシートの誤飲(第2報)
No.83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り
No.84	誤った処方の不十分な確認
No.85	★移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去

★のタイトルについては、提供後、2013年12月31日までに類似事例が発生しています。

No.78 持参薬を院内の処方に切り替える際の 処方量間違い

患者は、入院時に他院で処方されたヒダントールF配合錠9錠を内服していた。院内ではヒダントールF配合錠が採用されておらず、持参薬確認表には「ヒダントールD配合錠+アレビアチン錠=ヒダントールF配合錠」と記載されていた。医師は薬剤師に、ヒダントールF配合錠9錠の処方量に相当するのは、院内で採用されているヒダントールD配合錠9錠+アレビアチン錠100mg9錠で間違いはないか確認し、処方した。内服を開始した数日後、患者が構音障害をきたしたため、フェニトイン血中濃度を測定したところ34.5 μ g/mLと高値であった。

◆持参薬のヒダントールF配合錠9錠(フェニトイン225mg、他)の切替え

ヒダントールD配合錠9錠(フェニトイン150mg、他) + 正)アレビアチン錠 25mg3錠(フェニトイン 75mg)
誤)アレビアチン錠100mg9錠(フェニトイン900mg)

No.80 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷

看護師は患者に18Frの膀胱留置カテーテルを挿入した際、尿の流出を確認できないまま、蒸留水をバルブから注入しバルーンを拡張した。その後、尿の流出がなかったため、バルーン内の蒸留水を抜きカテーテルを抜去したところ、尿道口から出血を認めた。

No.82 PTPシートの誤飲(第2報)

患者は鎮痛剤の注射後、傾眠状態であった。看護師は内服薬のPTPシートを1錠ずつ切り離し薬杯に入れ、後で内服するよう患者に説明した。その後、患者から「薬をシートごと飲み込んだ。喉のところでつかえている。」と言われ、PTPシートを誤飲したことが分かった。

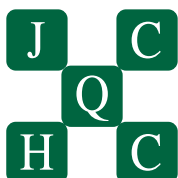
◆他の類似事例につきましては、平成25年年報に掲載いたします。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.89 2014年4月

シリンジポンプの取り違い

複数台使用しているシリンジポンプのうち1台を操作する際、薬剤名を確認しなかったため、シリンジポンプを取り違えて操作した事例が4件報告されています（集計期間:2011年1月1日～2013年2月28日、第7回報告書「個別のテーマの検討状況」(P82)に一部を掲載）。

複数台使用しているシリンジポンプのうち1台を操作する際、薬剤名を確認しなかったため、シリンジポンプを取り違えて操作した事例が報告されています。

操作すべき内容 (シリンジポンプ 1)	操作した内容 (シリンジポンプ 2)	取り違えた背景
ノボリンR注の調製液を 10mL 早送り	プレドパ注を 10mL 早送り	薬剤名を確認 せずポンプを 操作した
モルヒネ塩酸塩注射液の 調製液を2mL 早送り	ノボ・ヘパリン注の 調製液を2mL 早送り	
ニトロール注の調製液を 5mL／hへ変更	カコージン注を 5mL／hへ変更	
ヘパリン注の調製液を 0.5mL早送り	プレセデックス静注液の 調製液を5mL早送り	

〔シリンジポンプの取り違い〕

事例 1

シリンジポンプを2台使用し、ノボ・ヘパリン注の調製液0.9mL/hとモルヒネ塩酸塩注射液の調製液2mL/hを患者に投与していた。看護師は患者の痛みが増強したため、モルヒネ塩酸塩注射液の調製液を2mL早送りする際、シリンジの薬剤名を確認せず、ノボ・ヘパリン注の調製液のシリンジポンプを操作した。早送り後に確認するとポンプを取り違えたことに気付いた。

事例 2

シリンジポンプを2台使用し、ニトロール注の調製液0.5mL/hとカコージン注0.5mL/hを患者に投与していた。看護師はニトロール注の調製液の流量を0.5mL/hから5mL/hへ変更する際、指示簿とシリンジの薬剤名を確認せず、カコージン注のシリンジポンプを操作した。患者の心拍数、血圧が上昇したためポンプを取り違えたことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

・シリンジポンプを操作する際は、以下の方法で薬剤名等を確認する。

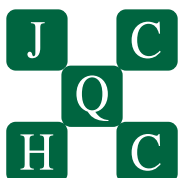
- 指示とシリンジの薬剤名を照合する。
- 複数人で設定等を確認する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.90 2014年5月

はさみによるカテーテル・チューブ の誤った切断

医療材料や医療機器をはさみで切ろうとした際に、誤って別のカテーテル・チューブを切断した事例が7件報告されています（集計期間：2011年1月1日～2014年3月31日、第36回報告書「個別のテーマの検討状況」（P160）に一部を掲載）。

医療材料や医療機器をはさみで切ろうとした際に、誤って別のカテーテル・チューブを切断した事例が報告されています。

切断の目的	切断しようとしたもの	誤って切断したもの	件数
長さや大きさの調整	気管チューブの固定テープ	気管チューブのインフレーションチューブ※	2
	ガーゼ	気管チューブのインフレーションチューブ※	1
	気管チューブ	閉鎖式気管吸引カテーテル	1
カテーテル抜去の際の固定糸の切断	中心静脈カテーテルの固定糸	中心静脈カテーテル	1
	硬膜外カテーテルの固定糸	硬膜外カテーテル	1
	持続肋間神経ブロックのカテーテルの固定糸	持続肋間神経ブロックのカテーテル	1

※気管チューブのカフに空気を注入するためのチューブ

はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断

事例 1

患者の気管チューブの再固定を行う際、看護師は45cmの長さのテープを準備した。固定したテープが長かったため、看護師が右頬部のテープをはさみで切ったところ、一緒に気管チューブのインフレーションチューブも切断した。直ちに、医師が抜管および再挿管を行った。

事例 2

中心静脈カテーテルを抜去する際、医師は刺入部近くの皮膚に縫合された固定糸を抜糸用はさみで切断したところ、中心静脈カテーテルも一緒に切断した。胸部・頸部エックス線写真を撮影したところ、右頸部の皮下に中心静脈カテーテルの断端が存在するのを確認した。その後、局所麻酔下で皮膚小切開を行い、超音波ガイド下に遺残カテーテルを摘出した。

事例が発生した医療機関の取り組み

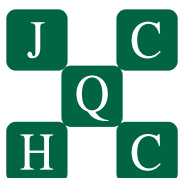
- ・はさみを使用する前に、カテーテル・チューブを整理する。
- ・固定糸を切る際は、カテーテル・チューブの位置を確認してから切断する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療
安全情報2006年から2012年に
提供した医療安全情報

No.91 2014年6月

2013年にも類似事例が発生しています

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.2	抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制 ～抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴い骨髄抑制をきたした事例～	2件
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔 ～グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例～	1件

患者は精神症状の加療目的で、精神科に入院した。他院にて慢性関節リウマチに対しメトトレキサート2.5mgが処方されていた。薬剤師は入院時の持参薬チェックを行ったが、患者面談は行わなかった。また、診療情報提供書やお薬手帳の持参がなかったため、他院の医師に連絡したが、週一回の勤務であり、診療情報提供書の作成が遅れた。研修医が患者にメトトレキサートの用法を確認すると「朝1錠服用している」と返答があったので、入院後、メトトレキサート2.5mgを連日投与、患者の持参薬を継続と指示した。後日FAXで診療情報提供書が送られてきたが、研修医は処方歴を確認しなかった。入院13日目、看護師が休薬期間のないことに疑問をもち医師に確認したところ、12日間メトトレキサート2.5mgを連日投与していたことが分かった。(他1件、医療安全情報No.45(2010年8月:第2報提供済み))

排便がみられず下腹部痛も出現していたため、当直医の指示で看護師はグリセリン浣腸60mLを施行した。排便後、腹痛は改善したが、発熱があり、血液検査ではCRPが上昇していた。疼痛部位は下腹部であり、下部消化管の感染症などを疑い絶食・輸液管理と抗菌薬の投与を開始した。翌日、発熱が持続するため造影CTを施行したが、この時点ではfree airに気付かなかった。発熱は膵嚢胞の感染増悪によるものと疑い、ENPDチューブを挿入した。その後、放射線科医師の読影レポートでfree airの存在が判明し、緊急手術を行ったところ、直腸が穿孔していた。

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.7	小児の輸液の血管外漏出 ～薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、治療を要した事例～	4件
0歳の患児にシリンジポンプを使用してメイロンを持続投与していた。夜間のため暗く、十分に刺入部の観察ができていなかった。朝、メイロン投与中の末梢ルートが漏れ、テープ固定範囲から外れた部分に広範囲に水疱を形成しているのを発見した。皮膚科を受診し、ルート固定テープを剥がしたところびらんが見られ、プロペトを塗布し経過観察となった。(他3件)		
No.8	手術部位の左右の取り違い ～手術部位の左右を取り違った事例～	2件
右下肢閉塞性動脈硬化症に対する手術の際、腹臥位であったため、医師は患者の左右を間違えて左下肢を切開して手術を開始した。そのまま気付かず手術を継続し、ヘパリンを投与後、左膝窩動脈を切開しようとしていた。その際、麻酔科医より、「申込書は右下肢だが、左下肢に手術を行っている」と指摘を受け、間違いに気付いた。(他1件、医療安全情報No.50(2011年1月:第2報提供済み))		
No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い ～製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例～	4件
主治医は「フロセミド細粒4% 0.25g 分1 朝食後」を処方する際、$0.25g=250mg$と換算し、「フロセミド細粒4% 250mg 分1 朝食後」と処方した。院内では「mg」の処方力は力価(有効成分の量)、「g」の処方は調剤量(製剤の総量)としていたが、医師はそのことを知らなかった。薬剤師は250mgは「量が多い」と思いカルテの指示を確認したが、「フロセミド細粒250mg開始」と記載があったので、医師へは直接確認せず薬剤を交付した。その後、薬剤科より別患者のフロセミド細粒4%の処方について問い合わせがあり、主治医は当患者の処方を間違えていたことに気付いた。(他3件)		
No.10	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み ～MRI検査室内への磁性体(金属製品など)の持ち込みに伴う事例～	4件
頭部MRIの検査の際、患者は術後で創部ドレナージチューブが留置されており、持続吸引型のサクシオンリザーバーが接続されていた。MRI検査台へ患者を移乗する際に、診療放射線技師はドレーンの存在に気が付いたが、サクシオンリザーバーがMRI非対応のものとは知らず、検査の妨げにならないように足元へ置いた。検査のため、ベッドをガントリ内へ移動したところ、サクシオンリザーバーがガントリに吸着した。ガントリの吸着部位が創部と近かったため、ドレーンチューブの伸展や位置がずれることはなかった。(他3件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.11	誤った患者への輸血 ～輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例～	3件
患者Aは出血傾向が強く、赤血球濃厚液を投与していた。看護師は輸血庫より患者Aの赤血球濃厚液を取り出す際、血液型が同じ患者Bの赤血球濃厚液を取り出して投与した。10分後にバーコード認証を行った際に、患者間違いに気付いた。投与前、看護師はパソコンの指示画面で患者氏名は確認したが輸血票の患者氏名の確認が抜けていた。また、投与前にバーコード認証を行わなかったため患者間違いに気付かなかった。(他2件)		
No.14	間違ったカテーテル・ドレーンへの接続 ～複数のカテーテル・ドレーンが留置されている患者において、輸液等を間違えて接続した事例～	1件
患者は、腹痛、腹水の貯留があり、腹膜炎を疑い、緊急開腹手術を施行した。腸瘻チューブが腹膜炎の原因と判断し、腸瘻をボタン式のものに変更した。また、右側腹部に腹腔内ドレーン(プリーツドレーン)を留置した。術後、ICUに入室して、翌日病棟に帰室した。日勤の受け持ち看護師は、ICUからの申し送り、腸瘻チューブがボタン式に変更になったことを知っていたが、夜勤の看護師は腸瘻の変更、腹腔ドレーンの留置を認識していなかった。免疫抑制剤を投与する際、腸瘻はボタン式のため体外にチューブがなく、プリーツドレーンを腸瘻チューブと思い込み、ドレーンに経管栄養用の三方活栓を接続して注入した。主治医が免疫抑制剤投与により腹痛が増強するという患者の訴えを家族に聞いた際、誤って注入していることに気付いた。		
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違い ～手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備していたにもかかわらず、確認を怠ったことにより、取り違えた事例～	5件
麻酔導入時、麻酔科医は筋弛緩薬のロクロニウムを投与しようとして、昇圧剤のエフェドリン32mgを静脈内投与した。その後、挿管を試みたが挿管チューブが進まず一旦中止した。軽度の咳嗽反射があり、その直後の収縮期血圧が241mmHgとなり、ニカルジピンを1mg投与して降圧した。再度、筋弛緩薬と思い込んでいたエフェドリンを8mg誤投与したが、その後は著明な血圧上昇を認めず挿管した。再び軽度の咳嗽反射を認めるため、投与した薬剤を確認したところ、筋弛緩薬ではないことに気付いた。(他4件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.17	湯たんぽ使用時の熱傷 ～湯たんぽを使用した際、熱傷をきたした事例～	4件
患者は右片麻痺があり、四肢冷感のため、湯たんぽを2つ使用し温罨法を行っていた。患者は左手を使用して湯たんぽを動かすことは可能であり、麻痺側の冷感のため湯たんぽに足を乗せている時もあった。看護師が清拭、更衣を行った際に、右踝に4cm大の水疱が2つ形成されているのを発見した。(他3件)		
No.19	未滅菌の医療材料の使用 ～誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した事例～	3件
看護師Aは業者から創外固定ピンを受け取った際、ピンの器械確認書に滅菌依頼の内容が記載されていたが、滅菌済みの器械であると思い込んだ。手術当日、骨折にて創外固定術施行の患者に対し、創外固定ピン3本を未滅菌のまま挿入し、手術を終了した。手術終了後の片付けの際、間接介助看護師Bが、挿入した創外固定ピンが未滅菌であることに気付いた。(他2件)		
No.20	伝達されなかった指示変更 ～関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例～	1件
担当医師から診療放射線技師へ口頭で放射線治療の中止を伝えた。技師は放射線治療科の医師に中止を伝えたつもりであったが、実際には伝わっていなかった。そのため、中止したはずの放射線治療が3回実施された。担当医師は技師への口頭指示のみで、中止の指示オーダを出していなかった。		
No.22	化学療法の治療計画の処方間違い ～化学療法の際、治療計画の実施を間違えて投与した事例～	1件
フルダラは5日間連続投与後、23日間休薬を行う薬であるため、医師はフルダラの投与を行う際、1週間後に来院してもらう予定でフルダラ以外の薬を7日分、フルダラを5日分処方した。その際、患者に1週間後に来院できないと言われたため、2週間分の処方に變更し、処方箋を患者に手渡した。2週間後、患者が来院した際に、フルダラが5日分×2(週間)となり10日分処方されていたことに気が付いた。		
No.23	処方入力の際の単位間違い ～処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことにより過量投与した事例～	6件
研修医はリスパダールを処方する際、単位を「g」から「mg」に変更する必要があったが変更しなかった。そのため、リスパダールを1.5mg処方のところを1.5gと処方した。薬剤部からの疑義照会はなく、患者に交付された。翌朝になっても患者が覚醒しないため、指導医が処方を確認し、誤りに気付いた。		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.29	小児への薬剤10倍量間違い ～小児に対する処方の際、薬剤量を10倍間違え、過量投与した事例～	11件
医師はバンコマイシンをオーダーする際、「バンコマイシン25mg投与」のコメントとして、「バンコマイシン1Vを生理食塩液4mLに溶解、2mL使用」と誤って記載した。看護師は、指示通りバンコマイシン1V(0.5g)を生理食塩液4mLで溶解し、そのうち2mLを投与した。バンコマイシン25mgの予定に対して、10倍量の250mgの投与となった。(他10件)		
No.30	アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与 ～診療録の決められた場所に薬物アレルギー情報の記載がなかったため、禁忌薬剤を投与した事例～	1件
患者は造影剤使用により、気分不快や血圧低下等アレルギーの既往があった。ICUのシステムにはオイパロミン(ヨード系造影剤)は禁忌薬剤に入力されていたが、診療支援システムにはアレルギー情報は入力されていなかった。その後、造影剤を使用したCTを実施したところ、患者はアナフィラキシーショックを発症した。		
No.33	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出※ ～ガベキサートメシル酸塩を投与する際、輸液が血管外へ漏出し何らかの治療を要した事例～	1件
患者の左前腕の末梢静脈血管ルートから、メインはビーフリード500mL、その側管からガベキサートメシル酸塩注射用100mg 6V+5%ブドウ糖液500mLが投与されていた。夕方、看護師が刺入部観察のため訪室すると軽度の発赤があるように見えた。血液の逆流も確認できなかったため、点滴を一旦中止し当直医師へ報告した。その後、医師は1%キシロカインとデキサートを発赤部へ皮下注射し、デルモベート軟膏塗布後ガーゼ保護を行い冷却を続行した。(医療安全情報No.77(2013年4月:第2報提供済み)) ※ 第2報(No.77)では、血管外漏出の他、それに関連する血管炎も対象とした「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎」にタイトルを変更し、かつ、添付文書の「用法・用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超えて使用した事例を対象としています。		
No.34	電気メスによる薬剤の引火 ～電気メスの使用により薬剤に引火し、患者に熱傷をきたした事例～	2件
硬膜下水腫の手術に対し、医師はエタノールを含む消毒薬を使用し皮膚の消毒を行った後、滅菌シートで覆い、創部をイソジン入り被覆フィルムでシールし、左側の頭皮を4cm程切開した。その後、皮膚の出血を電気メスで止血中、突然後頭部付近から火が上がり、直ちに覆布を外したところ、後頭部に敷いた紙オムツと毛髪が燃え上がった。執刀医と助手の医師2名が両手で火をたたきながら、生理食塩液で消火した。高濃度のエタノールを含んだ消毒薬が紙オムツ・毛髪から気化し、滅菌シート内で溜まった状態で電気メスを使用したため引火したと判断した。(他1件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.39	持参薬の不十分な確認 ～入院の際、持参薬の確認が不十分であったため、患者の治療に影響があった事例～	2件
患者は川崎病冠動脈瘤の既往があり、入院前よりバイアスピリンを継続内服していた。PCI目的で入院した際、患者は外来で処方されたバイアスピリンを持参していなかったが、医師はバイアスピリンを持参して継続内服しているものと思い込んでいた。入院翌日、PCIを施行し問題なく終了した。術後6日目に運動負荷心筋シンチを施行し、PCI前にみられた心筋虚血は改善していた。シンチが終了し、病室に帰室した際に胸痛を自覚し、検査を実施したところ、急性心筋梗塞と診断され緊急PCIを施行した。その際、入院後はアスピリンを内服していないことが分かった。(他1件)		
No.46	清拭用タオルによる熱傷 ～清拭の際、ビニール袋に準備した清拭用タオルが患者の身体にあたり、熱傷をきたした事例～	1件
患者の病衣が汚染したため清拭し更衣をする際、看護師は清拭タオルをビニール袋に入れたものを患者のベッド足元の布団の上に置いた。更衣と体位変換を行い、患者の足元を見ると左足の上に清拭タオルが載っており、発赤、皮膚剥離を認めた。		
No.47	抜歯部位の取り違い ～歯科において、抜歯部位を取り違えた事例～	7件
患者は矯正歯科クリニックにて歯科矯正治療中であり、矯正の障害になっていた両側下顎埋伏智歯の抜歯のため当院を紹介され受診した。右下8番の智歯を抜歯し、抜歯後異常なく経過していた。20日後、創部の経過観察のためエックス線撮影をしたところ、右下8番の智歯ではなく右下7番を誤抜歯していたことを発見した。患者の右下8番の智歯は完全に埋伏し、右下7番の歯冠の一部が口腔内に露出している状態であったため、右下7番を右下8番の智歯と誤認した。(他6件)		
No.53	病理診断時の検体取り違い ～病理診断において、別の患者の検体と取り違えた事例～	4件
患者Aと患者Bの生検材料を薄切した際、複数人の検体を水槽の一つの区切りの中に浮かべた。そのため、薄切をスライドグラスに貼り付ける際に、患者Aの検体を患者Bのスライドグラスに、患者Bの検体を患者Aのスライドグラスに貼り付けた。病理診断部医師は、担当医から聞いている情報と検査結果が合わないことから取り違いに気付いた。(他3件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去 ～人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまたは気管切開チューブが抜けた事例～	7件
気管チューブの固定テープの貼り替えを行った後、看護師3人（役割分担は決めず、A看護師は患者の右側頭付近、Bは右側足元、Cは左側中央）でおむつ交換と仙骨の処置をするために右側臥位にしようと試みた。気管チューブは呼吸器回路に接続されており、アームから外した回路を保持しなかった。右側臥位にしたときに仙骨のハイドロサイトの汚染があったため一旦仰臥位にした。看護師Aが患者の処置物品を取るために患者から目を離し後ろ向きになった後、看護師Bが「あぶない」と言った。看護師Aが振り返ると気管チューブが10cmほど抜けていた。（他6件）		
No.57	PTPシートの誤飲 ～患者が薬剤を内服する際に、誤ってPTPシートから出さずに薬剤を服用した事例～	12件
PTPシートの誤飲を防止するため、内服薬を投与する際には看護師がPTPシートから錠剤を出し、内服薬専用のケースに配布することになっていた。4人部屋の患者に配薬する際、看護師は4人中3人の患者にPTPシートから取り出した眠前薬を配ったが、最後の患者にはシートのまま薬剤3錠を薬ケースに入れてしまった。患者はそのまま3錠を一度に内服し、その後、喉の違和感を訴えた。主治医に報告後、食道に引っかかっていた3錠を内視鏡にて除去した。食道粘膜が軽度損傷していることが分かった。（他11件、医療安全情報No.82（2013年9月：第2報提供済み））		
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂 ～皮下用ポートが埋め込まれている患者において、カテーテルの断裂が起きた事例～	13件
患者は化学療法12クール目の施行予定であった。ポートに穿刺後、前投薬滴下時に患者よりポート上部から鎖骨付近までの前胸部の腫脹・違和感、上肢の腫脹・疼痛の訴えがあり、投与を中止した。胸部エックス線を撮影したところ、中心静脈カテーテルが断裂し、心臓内へ迷入していることが確認された。（他12件）		
No.59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷 ～電気メス等の使用の際に、電気メスペンシルを収納ケースに収納していなかったことにより、熱傷をきたした事例～	2件
臍腫瘍切除術の際、患者の体の上に置いてあった電気メスペンシルの手元スイッチ部に介助医の手が当たった。通電した電気メスの先端が患者の右下腹部に接触していたため、5×2mm大の熱傷をきたした。熱傷部は縫合閉鎖した。（他1件）		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.61	併用禁忌の薬剤の投与 ～医療用医薬品の添付文書上、併用禁忌(併用しないこと)として記載のある薬剤を併用した事例～	1件
全身性エリテマトーデスで当院に通院中の患者に、医師は免疫抑制剤のイムラン50mg 2錠/日を処方していた。定期検査で尿酸値が高く、治療のためフェブリク錠をオーダリングで処方し、患者は院外薬局で薬を受け取り内服を開始した。翌月の定期受診時、血液検査は問題なかったため、継続でフェブリク錠を処方した。その後、患者はめまい、ふらつき、労作時の息切れ等の症状が出現した。外来の血液検査の結果、貧血であることが分かり治療のため緊急入院となった。入院後、イムラン投与中にフェブリク錠を併用したことによる骨髄抑制のための貧血症状であることが分かった。		
No.62	患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認 ～患者の体内に植込まれた医療機器の確認が不十分のまま、MRI検査を実施した事例～	1件
患者は、20年前に完全房室ブロックにて永久ペースメーカーの植込み術を受けていた。担当医は患者にMRIの指示を出したが、オーダ時に金属類の有無はチェックしなかった。看護師はペースメーカーを挿入している患者はMRI検査が受けられないことを知っていたが、患者が該当するとは気付かなかった。朝、放射線科から連絡があり、担当看護師は患者をMRI室に搬送した。診療放射線技師より金属の有無について聞かれ、担当看護師は「ない」と答えた。検査終了後、チームリーダー看護師は患者がペースメーカーを挿入していることに気付いた。		
No.63	画像診断報告書の確認不足 ～画像検査を行った際、画像診断報告書を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例～	4件
2年前、深部静脈血栓症と診断されて入院した患者に、血管外科医師AがCT撮影を依頼した。放射線科の読影で「RCC(腎細胞癌)の可能性ありダイナミックCTの推奨」と記載があったが、入院中は誰も所見を確認しなかった。その後、患者は退院し、医師Bのもとで外来通院となった。1年半後、医師Bが異動のため、外来担当医が医師Cに代わった。医師Cが依頼したCT撮影の放射線科読影で再度「RCC」と書かれていたが、外来を代診した医師Dは撮影したCTの血管だけ確認し、読影結果を十分に確認しなかった。その5ヵ月後、老年病内科医師EがCTの読影結果に気付く、泌尿器科に連絡した。(他3件)		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.69	アレルギーのある食物の提供 ～患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例～	5件
入院時、医師はアレルギー食「牛乳禁、乳製品禁」の食事オーダーを入力した。翌朝、パンが配膳されたため、母親から「食パンの牛乳は大丈夫か」と確認があった。看護師が委託栄養士に「牛乳アレルギーの患児は、食パンを食べても大丈夫か」と確認すると、「牛乳は入っていないから大丈夫」と返事があった。その後、委託栄養士は病院栄養士に電話で確認した。20分後、委託栄養士から「牛乳は入っていないが脱脂粉乳が入っていた」と病棟へ電話連絡があったが、すでに患児は食パンを8割摂取した後であった。患児は蕁麻疹、呼吸困難が出現し、内服と吸入を行い、15分後に症状は消失した。(他4件)		
No.70	手術中の光源コードの先端による熱傷 ～手術中、電源が入ったままの光源コードの先端を患者のサージカールドレープの上に置いたことにより、熱傷を生じた事例～	1件
医師は、尿管結石に対し鏡視下で手術を行った際、電源の入った光源を患者の腹部に置いた。清潔シートが焦げているのを麻酔科医師が発見し確認したところ、患者は5mm大のⅢ度の熱傷を生じていた。器械出しの看護師は医師が光源を外したことに気付いたが、次の手順の準備を行っていたため余裕がなく、またルール通りに医師が外回り看護師に光源をスタンバイの状態にするよう声をかけようと思っていた。		
No.71	病理診断報告書の確認忘れ ～病理検査の結果報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例～	7件
呼吸器科受診時、気管支炎は改善しているものの「体重が戻らない」と患者より訴えがあり、消化器内視鏡センターに上部消化管内視鏡を依頼し、同日実施した。内視鏡の所見は「胃癌」であり、生検が行われた。その際、2年半前にも内視鏡検査を施行していることが分かり、その時の結果が「腺癌」と病理診断されていたことが分かった。当時内視鏡検査を依頼した主治医が病理診断結果を確認することを忘れていた。(他6件)		
No.72	硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続 ～硬膜外腔に持続注入すべき薬剤を、誤って静脈カテーテルに接続して投与した事例～	1件
患者より「点滴の先端が外れている」とナースコールがあり看護師は訪室した。確認すると、PCAポンプのルート先端が外れていることが分かった。看護師は、外れた先端の付近に末梢静脈点滴の三方活栓があり、清拭後であったことから、末梢から投与している点滴の側管のPCAポンプの接続が外れたのだと思い込み、アルコール綿で消毒し、そのまま接続した。翌日、別の看護師が硬膜外からのPCAポンプが末梢静脈点滴ルート側管に接続され、硬膜外チューブの先端が開放された状態であることに気づき、接続間違いが分かった。		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.73	放射線検査での患者取り違え ～放射線検査での患者氏名の確認が不十分であったため、患者を取り違えて検査が行われた事例～	1件
患者Aは、頭部MRI検査の予定で検査室に向かっていた。患者Bは放射線科で受付を行い、CT室の前で待つよう言われた。CT検査に呼び込む際、診療放射線技師Xは同じ時間帯に受付を行い検査室に向かっていた患者Aに「Bさんですか?」と声をかけた。患者Aが「はい」と応答したため、技師Xは患者Bだと誤認し、点滴ルート確保の場所へ案内した。その後、看護師は、技師Xが患者を連れてきたため患者確認を行わず、点滴ルートを確認した。点滴ルート確保後、技師Yが患者AをCT室内に案内し、技師Xと技師Zが検査のセッティングを行った。その際、技師Yも患者Bであると思い込んでおり、改めて患者確認を行わなかった。セッティングを行う際、患者Bの名前で何回か声かけをしたが、その際に患者Aは名前が違うと言わなかった。CT検査実施後、消化器内科に行くように案内したところ、患者Aから脳外科を受診していると言われ、患者間違いに気付いた。		

1)の番号は、医療安全情報の提供番号を示しています。

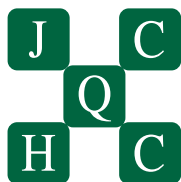
◆上記タイトルの未掲載事例につきましては、平成25年年報に掲載いたします。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

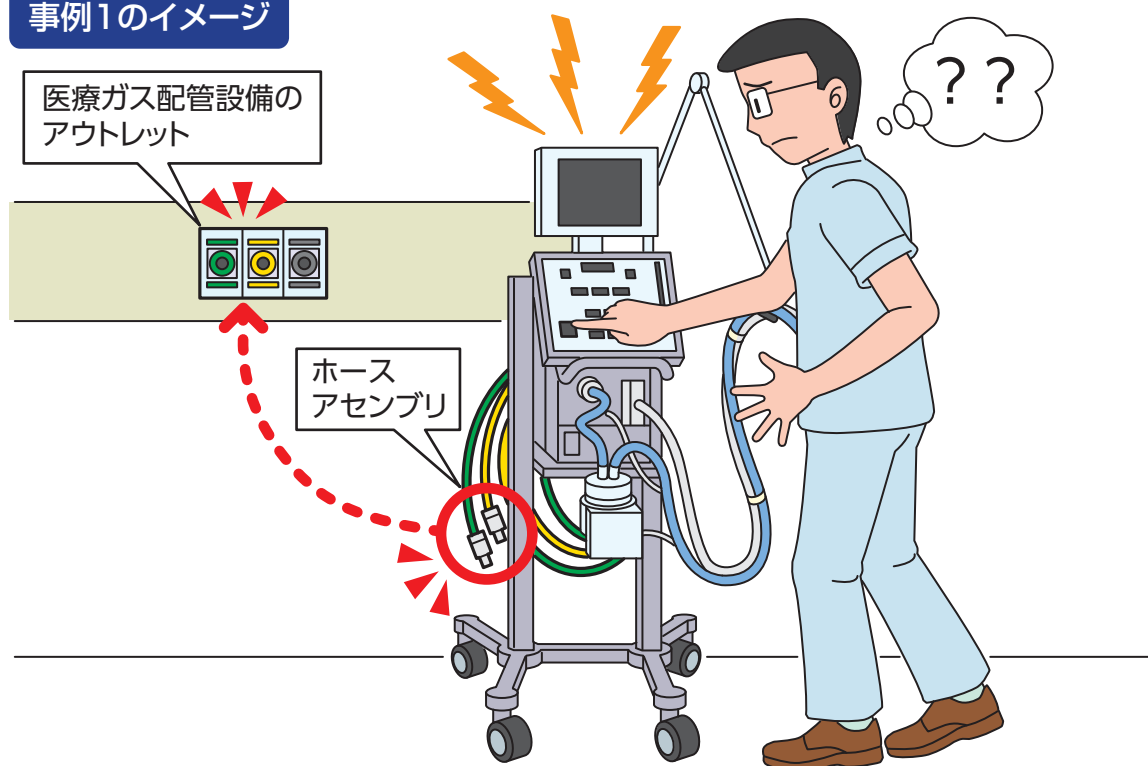
No.92 2014年7月

人工呼吸器の配管の接続忘れ

医療ガス配管設備のアウトレットにホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を装着したため、患者に影響があった事例が4件報告されています(集計期間:2011年1月1日～2014年5月31日、第13回報告書「個別のテーマの検討状況」に一部を掲載)。

医療ガス配管設備のアウトレットにホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を装着したため、患者に影響があった事例が報告されています。

事例1のイメージ



人工呼吸器の配管の接続忘れ

事例 1

患者は短時間の移動以外は人工呼吸器を使用していた。透析室には、患者が使用している人工呼吸器を持参し使用した。血液透析が終了後、自発呼吸用人工鼻に酸素3Lを投与しながら、装着していない人工呼吸器と一緒に患者は病室に入室した。医師がその人工呼吸器の電源を入れたところ、すぐにアラームが鳴ったが、消音ボタンを押したのみで、そのまま患者に装着した。2分後、患者に眼球上転、四肢のけいれん、顔面チアノーゼが出現し、呼名反応はなかった。看護師が人工呼吸器を確認したところ、酸素と空気のホースアセンブリをアウトレットに接続していないことに気付いた。

事例 2

患者は気管切開を受け人工呼吸器を使用していた。PEG造設のため透視室に搬送する際、手で換気しながら移動した。透視室に入室後、携帯型人工呼吸器を装着した。その後、急に患者のSpO₂と意識レベルが低下し、けいれん発作が出現した。看護師が携帯用人工呼吸器を確認したところ、酸素のホースアセンブリをアウトレットに接続していないことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・人工呼吸器のホースアセンブリを医療ガス配管設備のアウトレットに接続し、作動点検したのち、患者に人工呼吸器を装着する。
- ・人工呼吸器を装着後、医師や看護師は、設定どおりに作動していることや、患者の胸郭の動きを確認する。

総合評価部会の意見

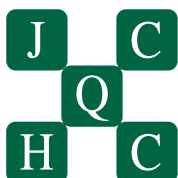
- ・人工呼吸器の基本的な原理や、アラーム発生時の確認と対応方法について教育・研修を行いましょ。
- ・人工呼吸器の装着および再装着時に作動を確認する際は、チェックリストなどを使用しましょ。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.93 2014年8月

腫瘍用薬のレジメンの 登録間違い

腫瘍用薬のレジメンの登録を行った際、内容を間違えて登録し、患者に投与された事例が4件報告されています（集計期間：2011年1月1日～2014年6月30日）。この情報は、第25回報告書「個別のテーマの検討状況」（P93）で取り上げた内容を元に作成しました。

腫瘍用薬のレジメンの登録を行った際、内容を間違えて登録し、患者に投与された事例が報告されています。

疾患名	登録した 薬剤	間違えて登録した内容		予定した 登録内容
小細胞肺がん	カンプト 点滴静注	投与量	100mg/m ²	50mg/m ²
侵入奇胎	注射用 メソトレキ セート	単位	/m ²	/body
前立腺がん	注射用 エンドキサン	用法	1000mg/m ² /回 を週1回を3週間 投与、4週目は休薬	1000mg/m ² /回 を3週間毎に1回 投与
急性骨髄性 白血病	(詳細不明)	投与 日数	6日間	5日間

腫瘍用薬のレジメンの登録間違い

事例 1

電子カルテ移行に伴う新システム導入の際、以前実施されていた肺がん抗がん剤の全レジメンを薬剤部で入力を行い、診療科が内容を確認する作業を行った。「小細胞肺癌におけるCBDCA(パラプラチン注射液)+CPT-11(カンプト点滴静注)併用療法」の登録の際、カンプト点滴静注の投与量が $50\text{mg}/\text{m}^2$ のところ、 $100\text{mg}/\text{m}^2$ になっていることに気付かず登録した。その後、登録されていた「CBDCA+CPT-11の併用療法」のレジメンで処方したため、患者に予定量の2倍のカンプト点滴静注を8日間投与した。次のコースについて検討するにあたり再度投与量を確認したところ、カンプト点滴静注が過量に投与されたことに気付いた。

事例 2

医師は「絨毛性疾患に対するメソトレキサート療法」を申請した際、単位の「/body」を記入しなかった。化学療法委員会では新規レジメンを検討する際に、単位の未記入を確認しないまま承認した。薬剤師は、新規レジメンを登録する際にレジメンに「/body」の記載がなかったが、添付文書の確認や申請した医師への問い合わせを行わず、「/m²」と登録した。その後、登録されていた「絨毛性疾患に対するメソトレキサート療法」のレジメンで処方したため、「/m²」で計算が行われ、患者に予定量の1.5倍の注射用メソトレキサート $45\text{mg}/\text{日}$ を5日間投与した。投与後、口内炎、骨髄抑制、発熱性好中球減少症、脱毛などの副作用が強く原因を調べたところ、登録されたレジメンに間違いがあったことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・レジメン管理を担当する医師または薬剤師は、新規登録するレジメンの申請書に添付されている文献等に記載された内容と照合してから登録する。
- ・登録したレジメンの内容を、申請した医師とレジメン管理担当薬剤師で確認したうえで、運用を開始する。

総合評価部会の意見

- ・腫瘍用薬のレジメンの登録間違いは、患者に重大な影響を与える可能性があります。
- ・レジメンの作成時や登録時には、チェックリスト等を使用し、記入漏れや間違いがないことを確認しましょう。
- ・最終登録をする直前には、6R※を参考に、登録内容が正しいことを再度確認しましょう。

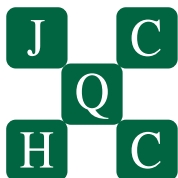
※正しい患者(Right patient)、正しい薬剤(Right drug)、正しい目的(Right Purpose)、正しい用量(Right dose)、正しい用法(Right route)、正しい時間(Right time)です。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構



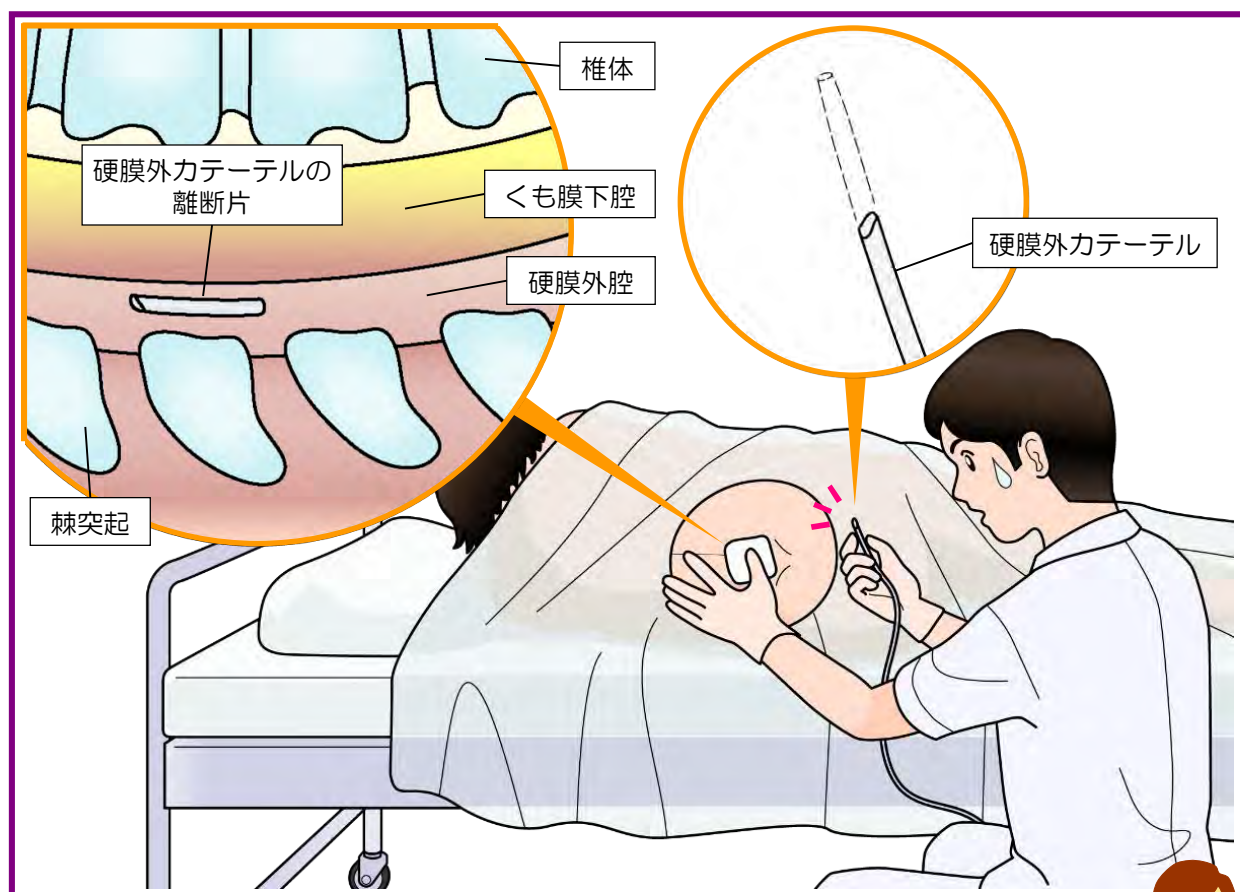
No.41 2014年 1月

硬膜外カテーテル操作時の注意について

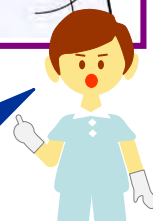
POINT 安全使用のために注意するポイント

(事例) 疼痛コントロールのため留置していた硬膜外カテーテルを抜去する際、カテーテルが離断し、離断片が体内に遺残してしまった。

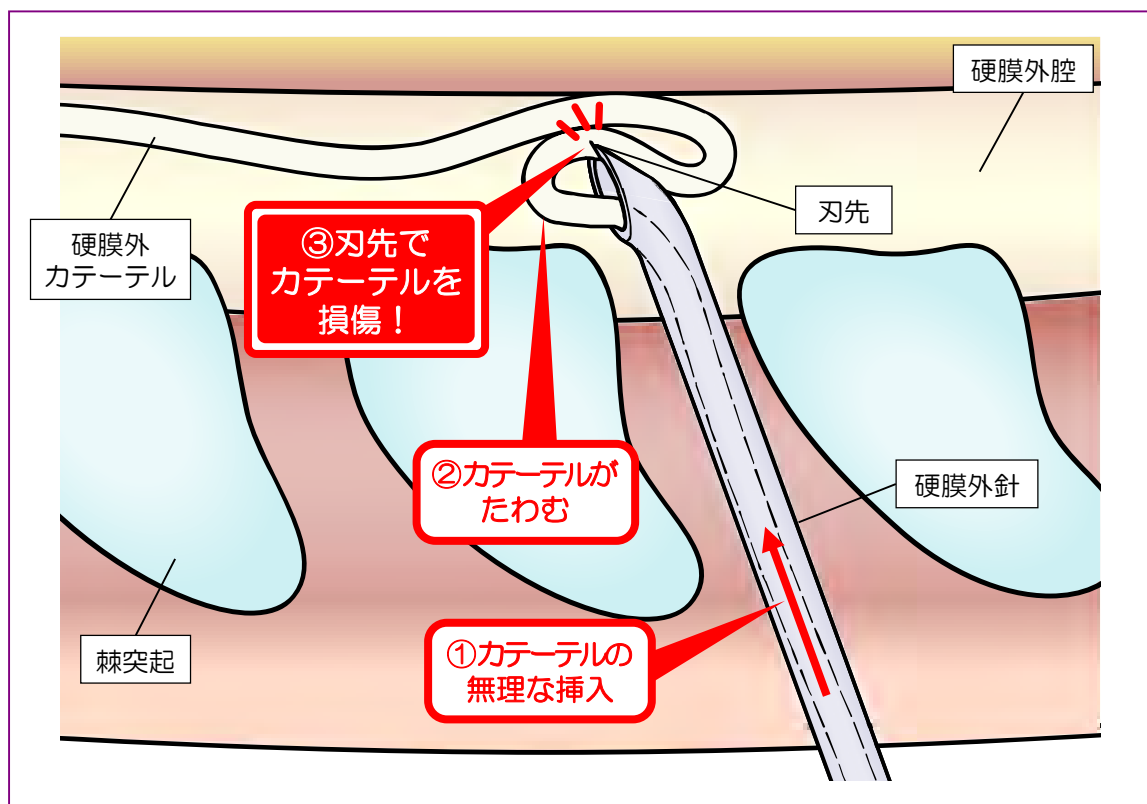
1 硬膜外カテーテル操作時の注意点



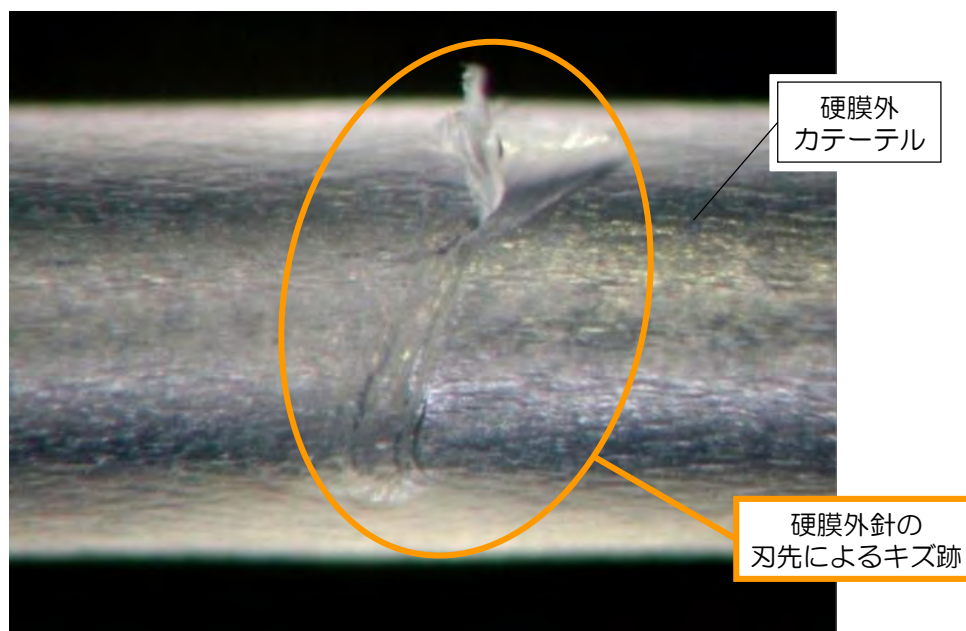
カテーテル挿入時にカテーテルを損傷していると、抜去時に離断してしまう可能性があります。



カテーテル損傷のメカニズム (1)



カテーテルの損傷状態

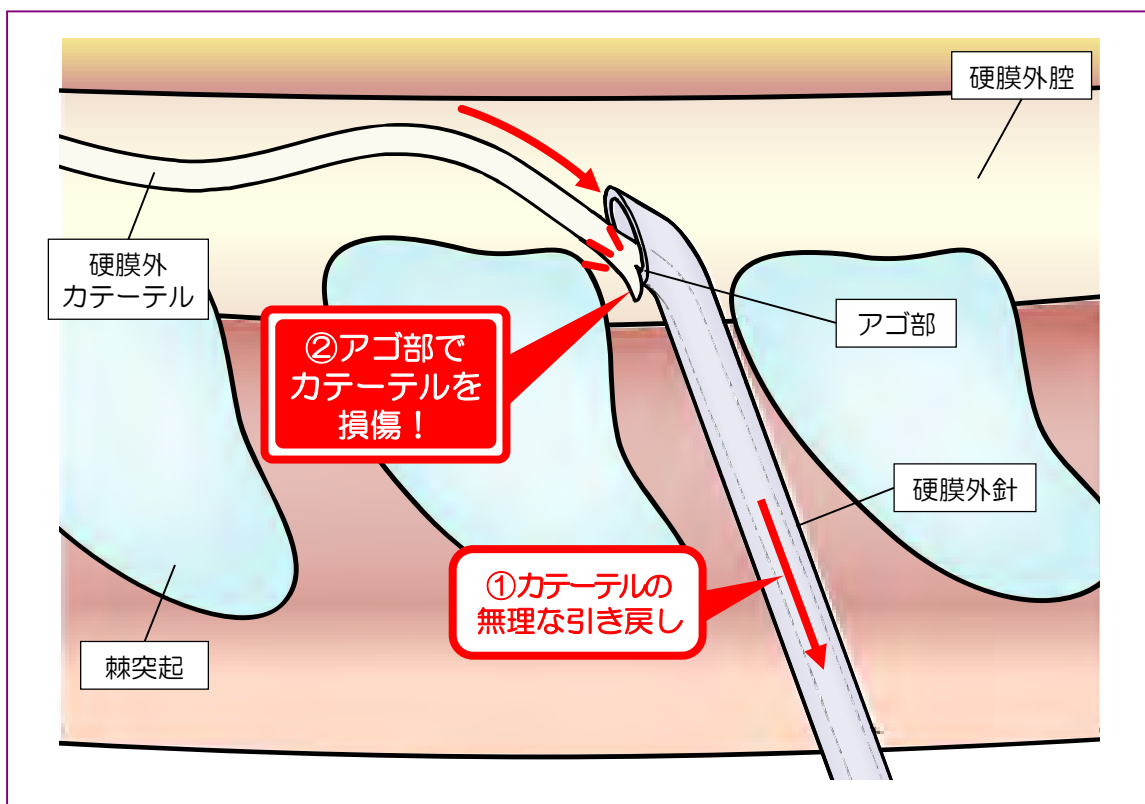


写真提供 (株)八光

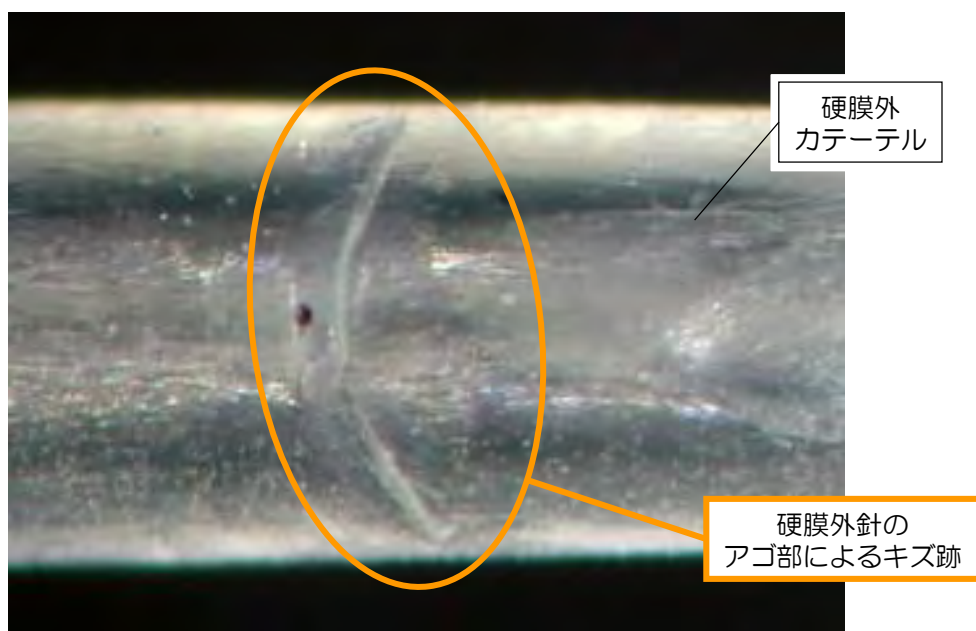
カテーテル挿入時に抵抗を感じた場合、無理に挿入しないように注意してください。硬膜外針でカテーテルを損傷させるおそれがあります。



カテーテル損傷のメカニズム (2)



カテーテルの損傷状態



写真提供 (株)八光

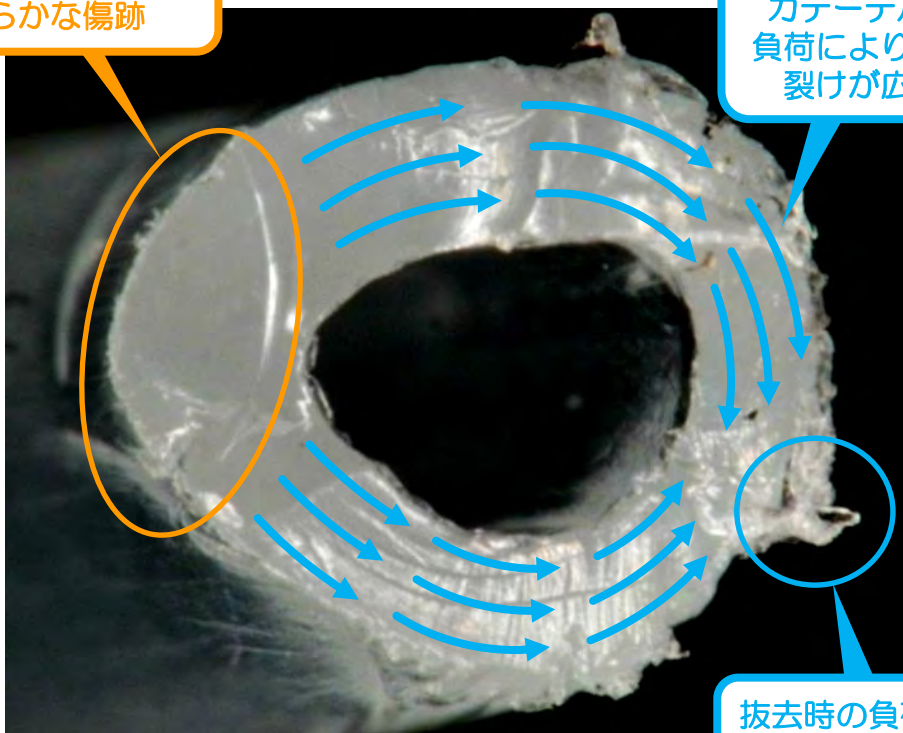
カテーテル挿入時に、カテーテルを無理に引き戻さないように注意してください。引き戻した際に硬膜外針でカテーテルを損傷させるおそれがあります。



硬膜外カテーテル離断面の一例

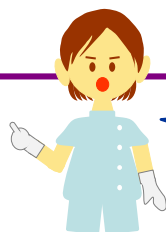
硬膜外針で切られた
滑らかな傷跡

カテーテルへの
負荷により徐々に
裂けが広がる



抜去時の負荷により
引きちぎれた跡

写真提供 (株)八光



写真のように、硬膜外針により損傷を受けたカテーテルには、
硬膜外針で切られた滑らかな傷跡があります。
カテーテル抜去時の負荷によりこの損傷部を起点にカテーテルが
裂け、離断に至る場合があります。

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- * この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構



No.43 2014年 3月

胃瘻チューブ取扱い時のリスク

POINT 安全使用のために注意するポイント

(事例) 胃瘻チューブを交換後、栄養剤を注入したところ、患者が腹痛を訴え、血圧低下・顔面蒼白の状態となり、チューブの逸脱による腹膜炎が疑われた。

1 胃瘻チューブの逸脱に対する注意

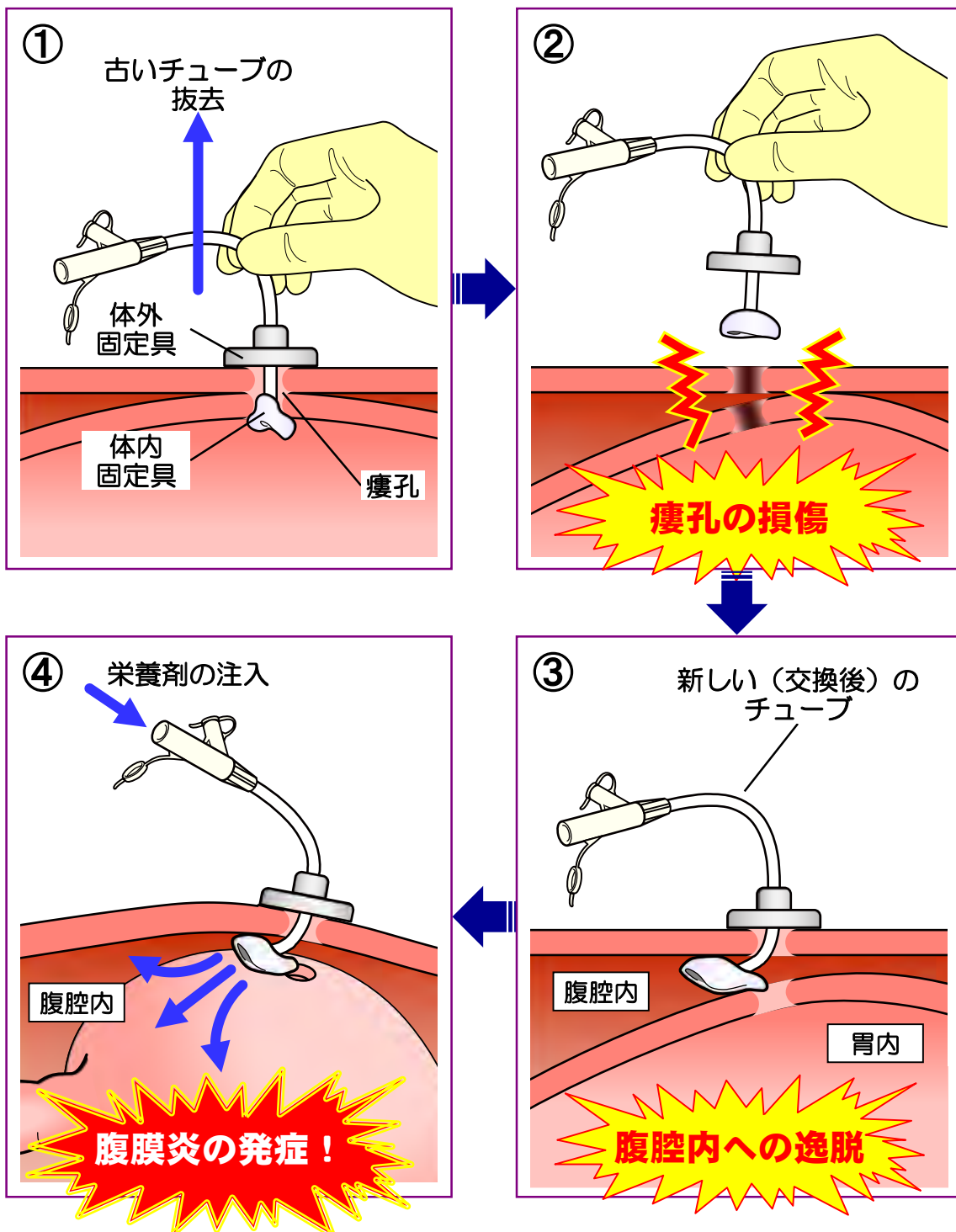
- 胃瘻チューブ交換後は、必ずチューブが胃内に留置されているかを確認すること。



胃瘻チューブが腹腔内に逸脱した状態で栄養剤を注入したために、腹膜炎に至ったとの事例（死亡例を含む）が複数報告されています。



胃瘻チューブの逸脱のメカニズムの一例



以下の患者は、瘻孔損傷が起こりやすいので注意が必要です。

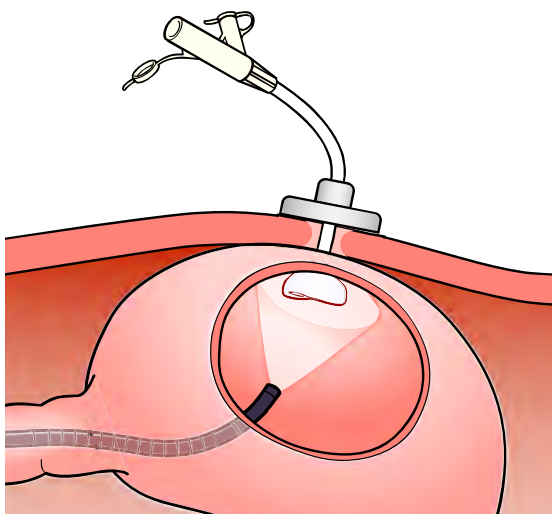
- ・ 造設早期……瘻孔が完全に形成していない
- ・ 低栄養状態…胃壁などの強度が弱い

イラストは、胃瘻チューブ**抜去時**に瘻孔を損傷した事例を説明していますが、**挿入時**にも瘻孔損傷が起こることがあります。

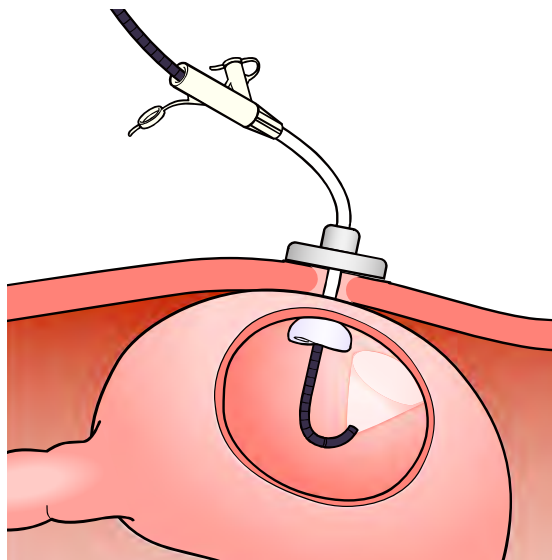


チューブ交換後の確認方法

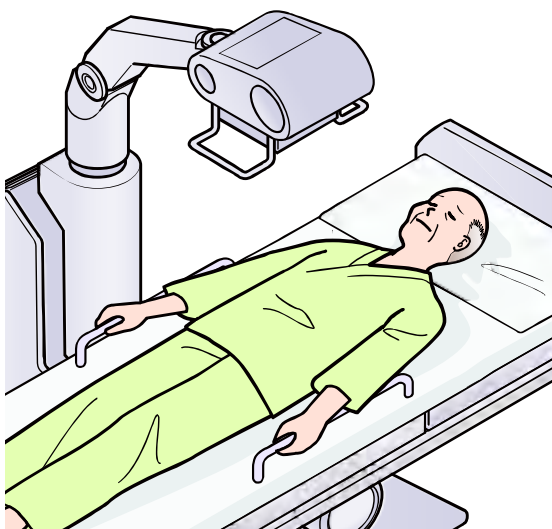
経鼻／経口内視鏡



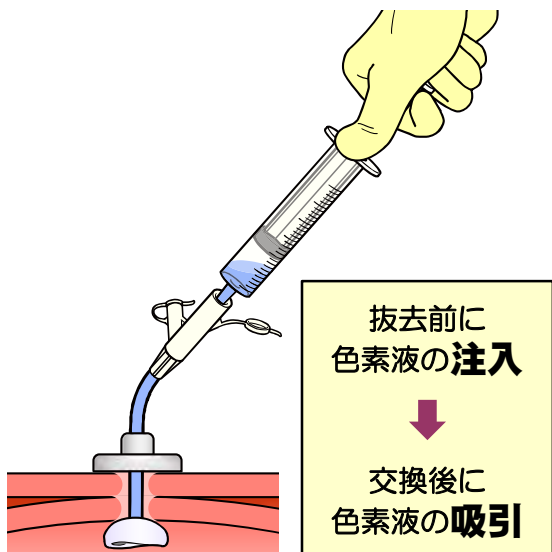
経胃瘻内視鏡



X線透視



色素液の注入



その他

- 送気音による確認
- 胃内容物による確認

(参考)
NPO法人 PEGドクターズネットワーク
「PDNレクチャー Chapter.1 PEG」

<http://www.peg.or.jp/lecture/index.html>

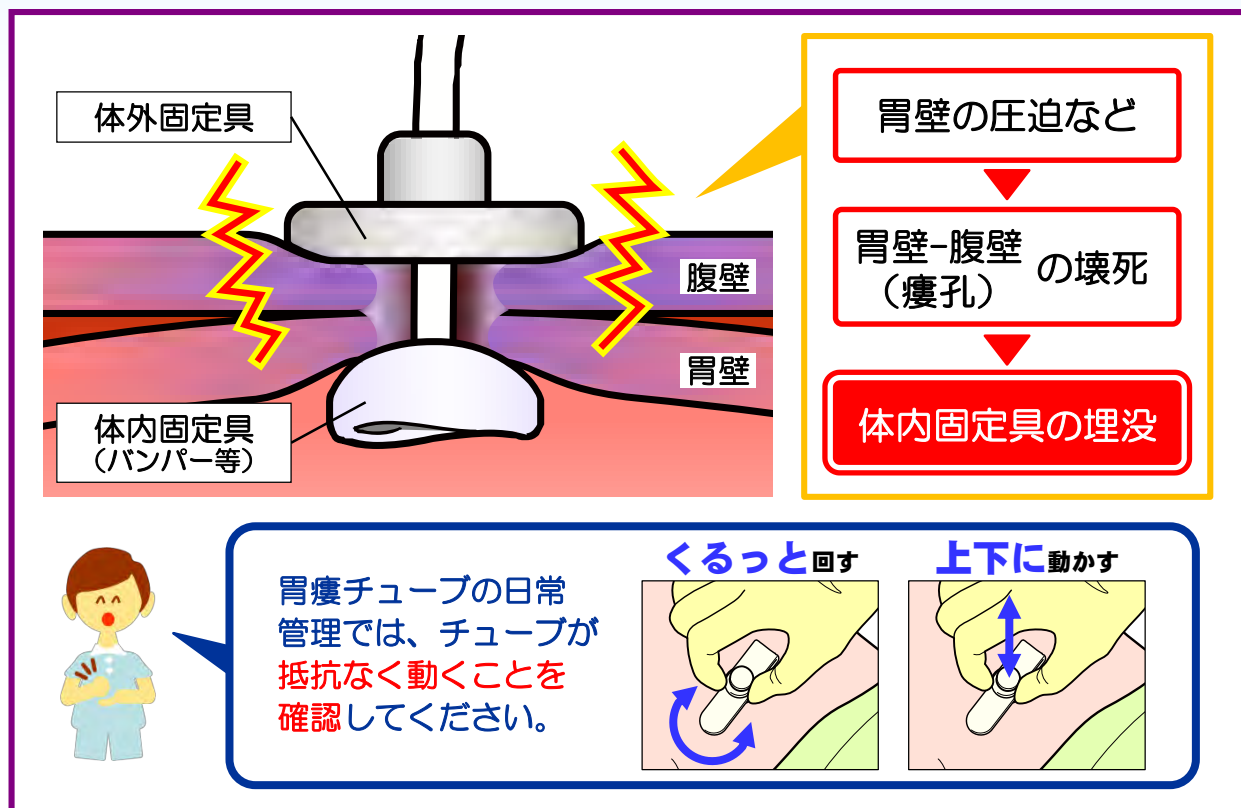
胃瘻チューブ挿入後の留置確認には、様々な方法があります。**患者さんの状態や療養環境などに応じた方法で、留置確認を行ってください。**



(事例) 栄養剤が注入困難となったため、内視鏡で確認したところ、瘻孔が壊死し、バンパーが瘻孔に埋没していた。(バンパー埋没症候群)

2 バンパー埋没症候群に対する注意

- 体外固定具と体内固定具を、きつく締めすぎないこと。



本医療安全情報に関連した関係団体からのお知らせを、医薬品医療機器情報提供ホームページ (<http://www.info.pmda.go.jp>) > 医療機器関連情報 > 医療安全情報 > 関係団体からの医療安全情報などについての お知らせ > 「警鐘事例～事例から学ぶ～」(在宅における胃瘻カテーテル交換時のリスク)に掲載しております。

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- * この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構



No.44 2014年 5月

医薬品処方オーダー時の選択間違い

POINT

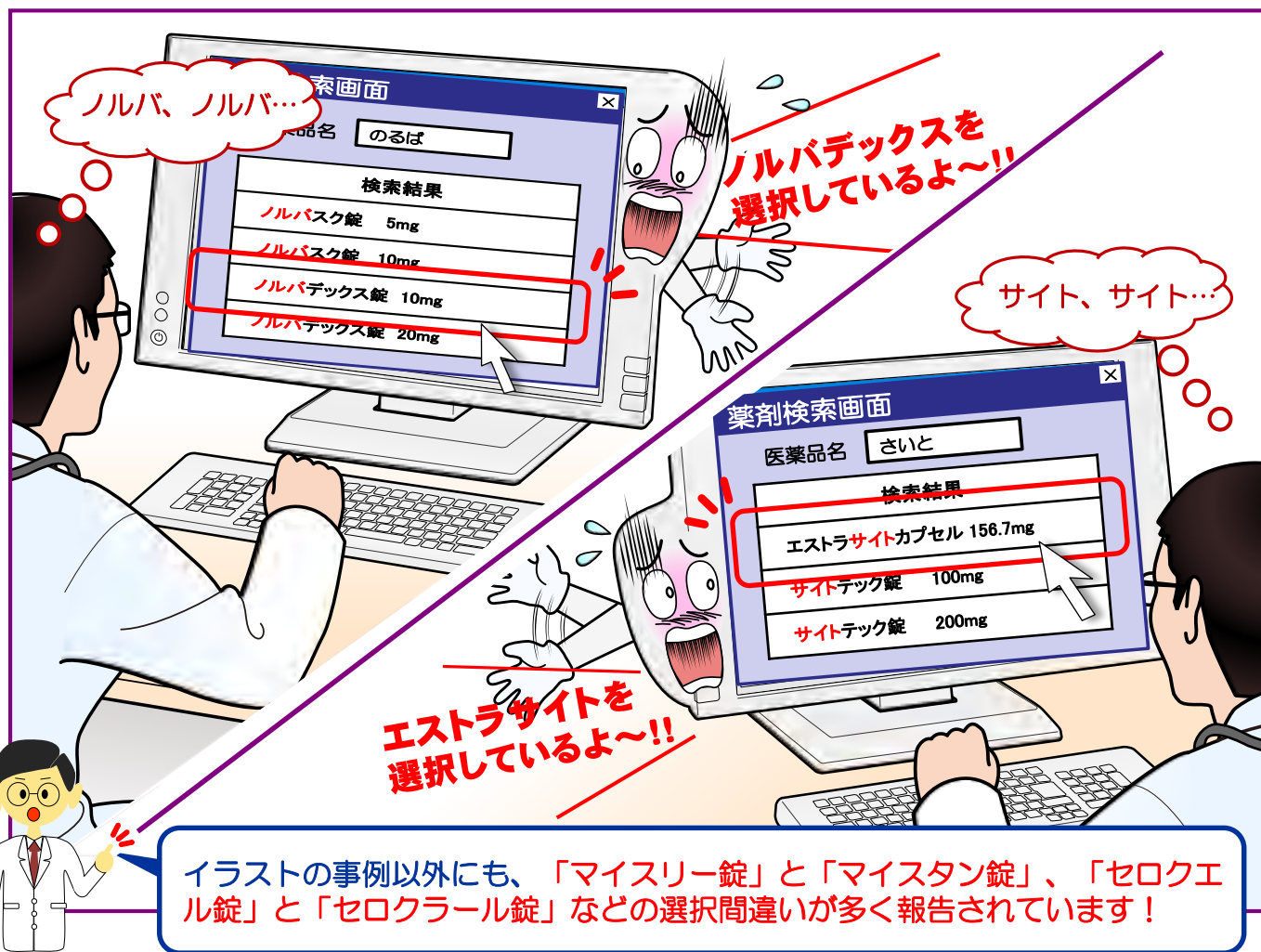
安全使用のために注意するポイント

(事例1) 「ノルバスク錠」を処方する際、誤って「ノルバデックス錠」を処方してしまった。

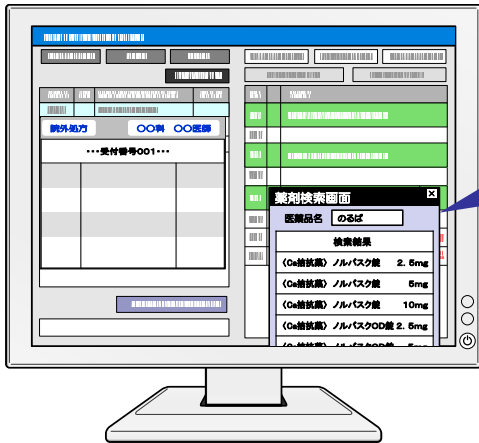
(事例2) 「サイトテック錠」を処方する際、誤って「エストラサイトカプセル」を処方してしまった。

1 処方オーダー時の選択間違い (その1)

- 名称類似による選択間違いのリスクを減らすような処方オーダーシステム上の工夫が望まれる。



処方オーダー画面の工夫例 (1)



薬効表示

薬剤検索画面

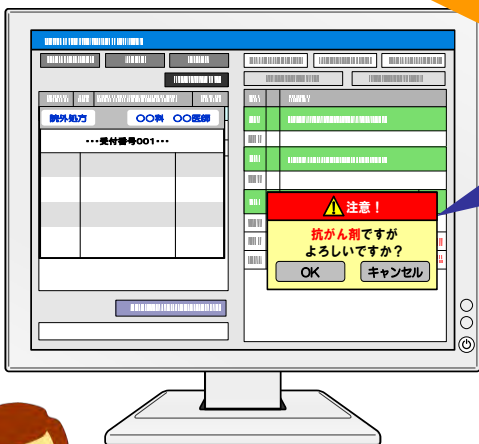
医薬品名

検索結果

〈Ca拮抗薬〉	ノルバスク錠	2.5mg
〈Ca拮抗薬〉	ノルバスク錠	5mg
〈Ca拮抗薬〉	ノルバスク錠	10mg
〈Ca拮抗薬〉	ノルバスクOD錠	2.5mg
〈Ca拮抗薬〉	ノルバスクOD錠	5mg
〈Ca拮抗薬〉	ノルバスクOD錠	10mg
〈抗がん剤〉	ノルバデックス錠	10mg
〈抗がん剤〉	ノルバデックス錠	20mg

販売名の前に**薬効**を表示

抗がん剤などの
ハイリスク薬は、**注意**を表示



注意表示



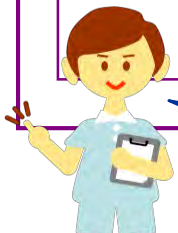
注意！

**抗がん剤ですが
よろしいですか？**

OK

キャンセル

処方オーダー時に薬剤の選択間違いに気付くよう、システム上の画面に「薬効」や「注意」を表示させる方法などがあります。



処方オーダー画面の工夫例 (2)



検索事例 ①

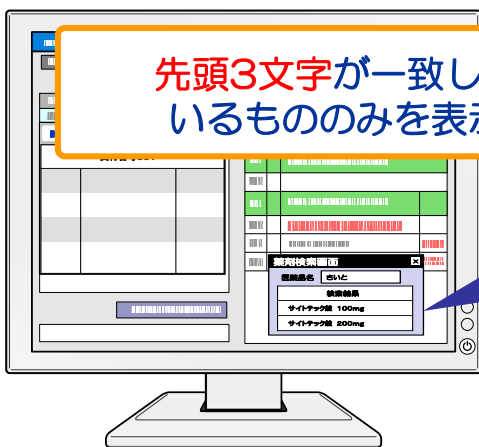
薬剤検索画面

医薬品名 んのるば

検索結果

ノルバデックス錠 10mg

ノルバデックス錠 20mg



検索事例 ②

薬剤検索画面

医薬品名 さいと

検索結果

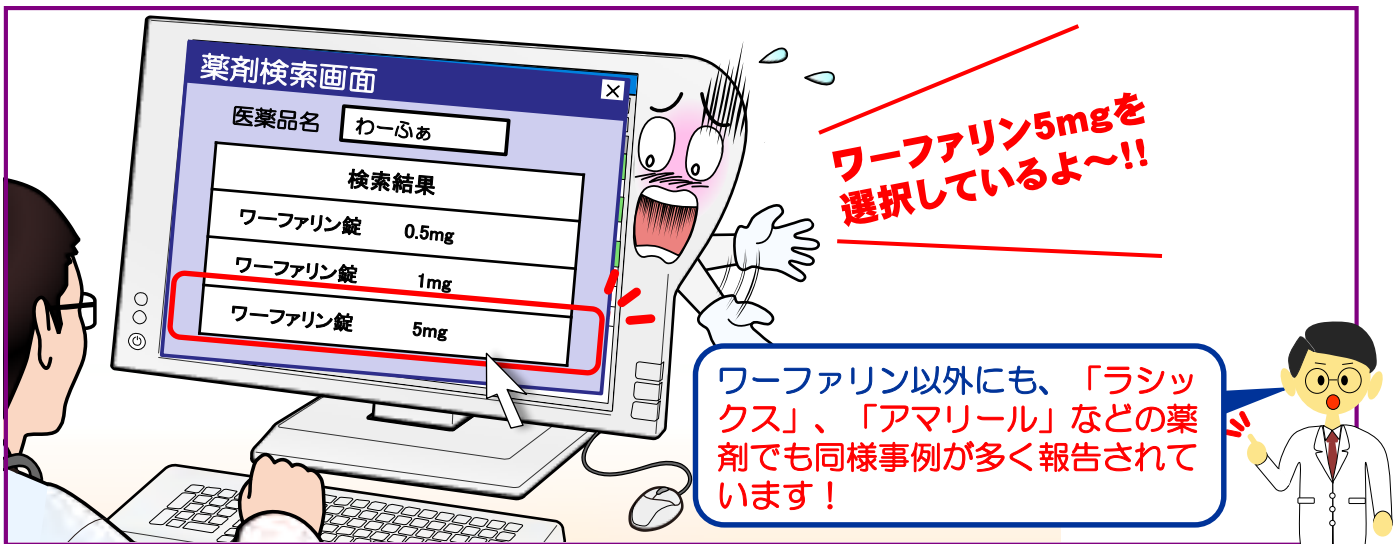
サイトテック錠 100mg

サイトテック錠 200mg

(事例 3) 「ワーファリン錠 0.5mg」を処方する際、誤って「ワーファリン錠 5mg」を処方してしまった。

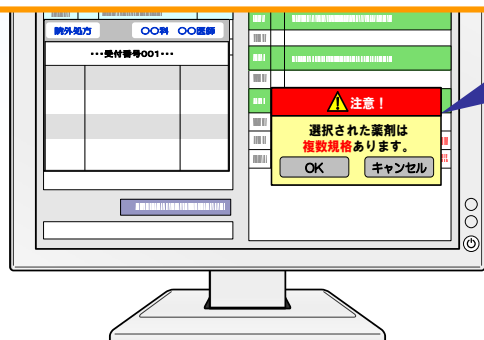
2 処方オーダー時の選択間違い (その2)

- 複数規格による選択間違いのリスクを減らすような処方オーダーシステム上の工夫が望まれる。



処方オーダー画面の工夫例 (3)

規格の選択間違いにより重篤な健康被害が生じる可能性のある薬剤には、**注意を表示**



注意表示

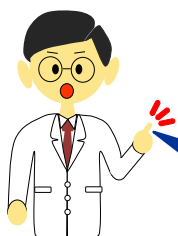


注意！

**選択された薬剤は
複数規格あります。**

OK

キャンセル



薬剤の選択間違いを防ぐために、院内の処方オーダーシステムをチェックし、必要に応じて、オーダー画面の表示や検索方法の工夫を検討してください。また、これからシステムを導入する施設は、このような工夫を検討してください。

※本医療安全情報に関連した内容が、以下のマニュアルにも記載されております。
公益社団法人 日本医師会「医療従事者のための医療安全対策マニュアル」p141 表73参照
<http://www.med.or.jp/anzen/manual/menu.html>

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- * この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。



これは「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（厚生労働省補助事業）に申請された事例です。
「症例報告」では、事例より得られた病態に関する知見を提供しています。

症例報告 No.1

フォンレックリングハウゼン病における血管破綻のリスク

フォンレックリングハウゼン病(神経線維腫症 I 型)患者の腎摘出術において、腎臓の摘出に続き、摘出部の血腫除去を始めた直後に、下大静脈が破綻し失血死に至った事例が発生しました。

【事例の概要】

フォンレックリングハウゼン病患者の腎動脈瘤破裂に対して腎動脈塞栓術を行ったため腎摘出術を施行。腎臓の摘出に続き、腎および尿管摘出部の血腫除去を始めた直後に、切開創の最下部(腎摘出部から離れた下方)より突然の大量出血あり。下大静脈等からの出血を疑い用手圧迫等により止血を試みましたが、出血部位の同定が困難で止血不能な状態となり、血圧が低下し失血死に至った。解剖結果より、出血は下大静脈の破綻によるものであったことが明らかになった。

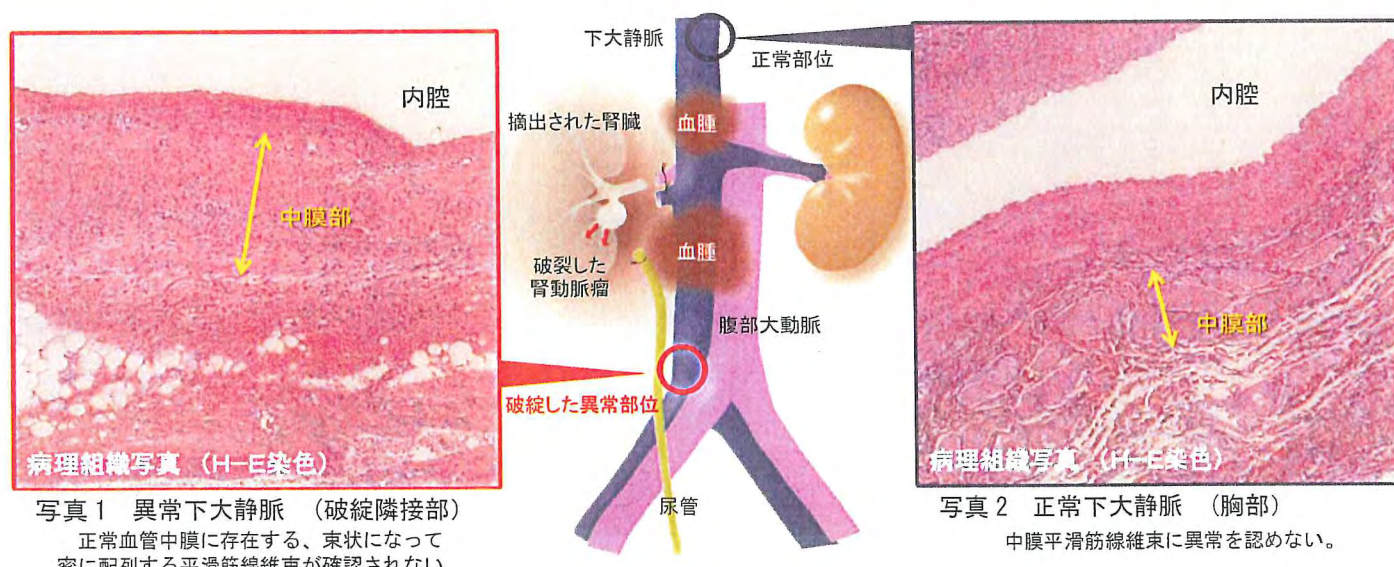


写真1 異常下大静脈 (破綻隣接部)
正常血管中膜に存在する、束状になって
密に配列する平滑筋線維束が確認されない。

写真2 正常下大静脈 (胸部)
中膜平滑筋線維束に異常を認めない。

フォンレックリングハウゼン病患者の手術や侵襲的処置等を実施する際は、「血管の脆弱性」を認識した対応を

フォンレックリングハウゼン病患者の一部に、血管の脆弱化をもたらす血管病変が存在するという症例が報告されています。動脈においては、中膜平滑筋の脱落・菲薄化、弾性板の断裂、粘液様物質の沈着などにより、動脈破綻や動脈瘤を生じる可能性があり、静脈では、神経線維腫細胞の浸潤に伴う血管平滑筋の著明な減少により、わずかな外力で静脈破綻を来す場合があります。また、この脆弱性を肉眼的に判定することは困難であり、動脈、静脈を問わず止血不能な状況に至る可能性があります。血管の病変は、必ずしもフォンレックリングハウゼン病患者の全例には認められないこと、また、全身の血管が脆弱化しているのではなく正常血管と異常血管が混在していることが特徴としてあげられます(病理組織写真1,2)。

フォンレックリングハウゼン病患者に対し、大血管付近における操作を伴う手術や侵襲的処置等を実施する際は、血管の脆弱性を念頭に置き、血管の破綻のリスクを踏まえた慎重な対応が必要です。

* この事例は日本医療安全調査機構で検討した事例の中で、再発防止のため医療界への情報提供が特に必要と判断されたものです。これからの医療の質と安全性の向上のため、院内教育等で活用ください。警鐘事例はホームページよりダウンロードできます。
* この情報は医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務・責任を課したりするものではありません。また、この内容は作成時におけるものであり、将来にわたり保証するものではありません。

警鐘事例

～事例から学ぶ～

一般社団法人 日本医療安全調査機構



一般社団法人 日本医療安全調査機構

医療安全情報 No.5 2014 年 4 月

これは「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」(厚生労働省補助事業)に申請された事例です。

甲状腺術後の気道閉塞のリスク管理

甲状腺亜全摘術を受けた患者が、術後出血および喉頭浮腫の増強により気道閉塞を生じ、気道確保に時間を要したため低酸素脳症に至る事例が発生しました。

事例の概要

甲状腺亜全摘術後

創痛・息苦しさあり
ベッド上で度々座位

SpO₂は95～97%を維持

ベッド上に立ち上がり
(著明な不穏状態)

すぐに

呼吸浅速・チアノーゼと共に
窒息・心肺停止

対応

口腔内・喉頭の浮腫が著明で
経口的気管挿管は不成功

手術創を開創した
気管切開による気道確保

低酸素脳症

頸部で生じていた現象

術後出血の持続

軟部組織の浮腫が増強

気道狭窄が進行



喉頭浮腫の例
(厚生労働省 重篤副作用
総合対策検討会資料より)

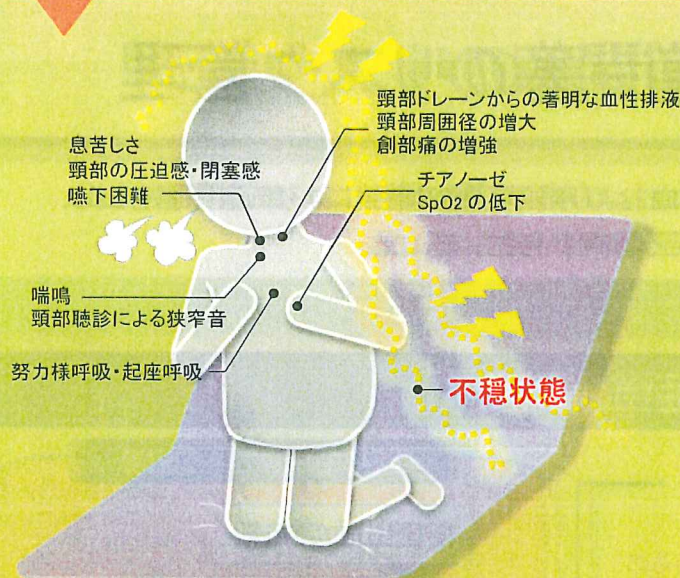
頸部ドレーンからの
血性排液の急速な
増加や、創部の腫脹
が認められず、緊急
対応が必要と判断さ
れなかった。

窒息・心肺停止後、気道確保までに約30分を要した。

患者) 成人 男性 バセドウ病

甲状腺亜全摘術施行(甲状腺 130g 摘出)、帰室時より、頸部周囲の腫脹が時間とともに進行していることを認めたが(術後 12 時間で頸部周囲: 6cm 増大、血性排液: 430mL)、頸部ドレーンのミルキングを実施することで排液の十分なドレナージを確認していた。術後約 10 時間より、患者は創痛と息苦しさを訴えはじめ、度々ベッド上で座位になっていた(SpO₂ は 95～97%を維持)。しかし、頸部ドレーンからの血性排液の急速な増加や創部の腫脹が認められなかったこと等より、呼吸困難への治療はされず、疼痛・血圧管理が実施された。術後約 12 時間、患者は創痛を訴え座位から膝立ちになり、臥床させようとした医療者を払いのけて力づくでベッド上に立ち上がり、その後すぐに呼吸浅速、チアノーゼが出現、呼名反応なく、窒息、心肺停止となった。蘇生バッグによる換気、経口的気管挿管(喉頭鏡・ビデオ硬性挿管用喉頭鏡使用)、手術創上部の穿刺、ラリンゲルマスク挿入による換気を次々と試みたが、いずれにおいても口腔内・頸部の腫脹が著明(下顎角は視認困難)で気道の確保に至らず、換気は不十分であった。その後、自己心拍が再開し、手術創を開創して気管切開を実施したことで気道を確保したが、心肺停止後すでに 30 分が経過していたことから低酸素脳症を発症し、その一か月後、合併症により死亡した。解剖により、気道閉塞を生じた原因は、術後の広範囲な出血に伴い生じた下咽頭～喉頭浮腫であった可能性が示唆された。

気道閉塞のリスクをふまえた観察を



【主な観察項目】

観察上の留意点

気道狭窄の明確な症状・所見等は、狭窄がある程度進行するまで、把握されにくい場合があります。

- 呼吸困難の症状として、「不穏状態」を呈することがあります。
- パルスオキシメータによる観察は有用ですが、測定値は気道狭窄の程度に比例した値を示すものではありません。

気道狭窄・閉塞時は手術創を開いた気管切開の検討を

気道狭窄・閉塞の可能性がある際の対応

- 気管挿管の試みを何度も繰り返すことは、喉頭浮腫をさらに増悪させますので避ける必要があります。
- 気管挿管が困難である場合は、即座に手術創を再び開創し気管切開に移行することで、容易に気管が露出され速やかな血腫除去、気道の確保が可能となる例が多くあります。

評価委員からのコメント

甲状腺術後の管理においては、出血量の増加・頸部周囲の腫脹等の所見の変化と、「見えない部分」である口腔内・頸部の軟部組織の浮腫が同時に進行している可能性を念頭に置く必要があります。気道狭窄が進行した際、ある段階までは呼吸に障害を来していないように見えますが、その後急激に気道抵抗が増して窒息に至ります。SpO₂ の測定値は、気道狭窄の出現・進行状況の指標にはならないことに留意が必要です。また、喉頭浮腫の確認においては、ファイバースコープを用いる方法が有用と言われており、今後普及されることが望まれます。

* この事例は日本医療安全調査機構で検討した事例の中で、再発防止のため医療界への情報提供が特に必要と判断されたものです。これからの医療の質と安全性の向上のため、院内教育等でご活用ください。警鐘事例はホームページよりダウンロードできます。
* この情報は医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務・責任を課したりするものではありません。また、この内容は作成時におけるものであり、将来にわたり保証するものではありません。